Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Vorstand: *Professor Dr. C. J. Gauß*

Zur Frage der Pessarbehandlung des Scheidenvorfalls

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Maria Dietrich

aus

München

Würzburg 1940
Buchdruckerei Georg Graßer, vormals Franz Staudenraus.

Berichterstatter:
Professor Dr. C. J. Gauß

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät Würzburg.

Meiner lieben Mutter

Einteilung

A) Indikation und Kontraindikation der Pessarbehandlung des Prolapses.
   I. Indikation
      1. Hohes Alter und schlechter Allgemeinzustand
      2. Organerkrankungen, die eine Operation verbieten
      3. Gleichzeitiges Bestehen von inoperablen Tumoren
   II. Kontraindikation
      1. Unbequemlichkeit der Pessarbehandlung (Ausfluß, Druck, Abhängigkeit vom Arzt)
      2. Anatomische Gründe (zerstörte oder schlecht angelegte Muskulatur, Rectocele, Elongation)
      3. Entzündungen im Bereich des Genitale

B) Pessarbehandlung
   I. Pessarwahl
   II. Pessarpflege
      1. Verhaltungsmaßregeln
      2. Kontrolle

C) Komplikationen der Pessarbehandlung (Vernachlässigung)
   I. Gründe für die Vernachlässigung (Alter, Stand, psychisches Verhalten)
   II. Folgen der Vernachlässigung (Druckgeschwüre, Einwachsen, Fisteln, Sepsis, Tod)
   III. Behandlung der vernachlässigten Pessare
      1. Entfernung mit Gigli-Drahtsäge
      2. Verschiedene Zangen und Scheren
      3. Durchbrennen des Pessars
      4. Verschiedene merkwürdige Entfernungsmethoden
      5. Nachteile der genannten Methoden

D) Eigene Erfahrungen
   I. Das Würzburger Instrument und seine Verwendung
   II. Fälle aus der Würzburger Klinik
   III. Kritische Besprechung
      1. Allgemeines (Zahl, Zeit, Alter, Geburtenzahl der Patientinnen)
      2. Dauer des letzten Wechsels
      3. Art des Pessars
      4. Symptome (Freiheit von Symptomen, welche Symptome)
      5. Befund (Enge des Introitus, Ulcerationen, Einwachsen, Fisteln)

6. Nebenbefunde (Carcinom des Magens, Carcinom der Portio)
7. Technik
   a) Schneiden, Zertrümmern
   b) Nachbehandlung
8. Prognose
   a) Abheilung
   b) Tod

E) Schluß.

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit der Pessarbehandlung des Prolapses im allgemeinen und der Verhütung und Behandlung der durch sie entstandenen Schädigungen im besonderen; im Anschluß an die Besprechung der im Schrifttum angegebenen Behandlungsmethoden soll an Hand von Fällen aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg ein neues von Gauß angegebenes Instrument beschrieben werden, das zur Zertrümmerung eingewachsener Pessare dient.

A) Indikation und Kontraindikation der Pessarbehandlung bei Scheidenvorfall.

Von den in der Frauenheilkunde verwendeten Pessarformen sind es fast ausschließlich die Prolapspessare, die einwachsen und deren Entfernung auf Schwierigkeiten stößt. Der Grund dafür ist in ihrer Form und der langen Zeit, über die sie verwendet zu werden pflegen, zu suchen. Diese Tatsache ist ein Grund mehr, die Indikation zur orthopädischen Behandlung des Prolapses zu Gunsten der operativen weitgehend einzuschränken.

1. Indikationen

1. Hohes Alter und schlechter Allgemeinzustand.

K. Reifferscheid läßt die Pessarbehandlung des Prolapses nur als „Notbehelf" gelten. Damit ist gesagt, daß für die Pessarbehandlung nur diejenigen Fälle in Frage kommen sollen, bei denen die Operation kontraindiziert ist oder verweigert wird. Als Kontraindikation gegen die Prolapsoperation gelten z. B. hohes Alter und schlechter Allgemeinzustand wie gegen jede Operation. Bei alten Frauen wird man daher, wenn noch möglich, eine wenig eingreifende Operation wählen; aber selbst der schonendste und noch so kurz dauernde Eingriff ist im Alter infolge der Gefahr von Embolie und Pneumonie mit einer relativ hohen Sterblichkeitsziffer belastet. Infolgedessen wird man im Zweifelsfalle die ungefährliche orthopädische Behandlung vorziehen.

2. Organerkrankungen

Weiterhin verbieten Herz-, Nieren- und Lungenerkrankungen sowie schwere Erkrankungen der innersekretorischen Drüsen eine Operation und Narkose. *Kraul* zieht auch bei Frauen mit hochgradigen Varizen wegen der Gefahr der Lungenembolie die Pessarbehandlung vor.

3. Bestehen von inoperablen Tumoren

Daß ein gleichzeitges Bestehen von inoperablen Tumoren an anderen Körperstellen eine plastische Operation ausschließt, braucht eigentlich kaum gesagt zu werden.

Außer diesen Fällen sieht *Stöckel* noch eine Indikation für ein Pessar in der vorübergehenden Blasenschwäche, die manchmal im Spätwochenbett auftritt, besonders bei sehr dicken Frauen. „Geht

beim Lachen, Niesen und Pressen unwillkürlich Urin ab, so kann zunächst ein exzentrisches hohles, hartes Ringpessar eingelegt werden, weil das Pessar mechanisch die Harnröhre gegen die Symphyse drückt. Mit fortschreitender Involution der Genitalien kann eine solche relative Inkontinenz leichten Grades spontan ausheilen".

Für die Pessarbehandlung bleibt außerdem noch eine nicht unerhebliche Zahl von Frauen übrig, die sich vor der Operation fürchten und trotz aller Aufklärung nicht dazu zu bringen sind, sich operieren zu lassen.

Diese Indikationen für Pessarbehandlung des Prolapses werden wohl von allen Gynäkologen anerkannt. *Weibel* empfiehlt darüber hinaus die Operation nur dann, wenn „die anatomischen Verhältnisse das Anlegen eines Pessars nicht zulassen".

II. Kontraindikation

1. Unbequemlichkeit

Umstritten ist die Behandlungsweise der Frau im gebärfähigen Alter. Manche Autoren halten es für ratsam, eine noch junge Frau solange orthopädisch zu behandeln, bis sie mehrere Kinder geboren hat oder in die Nähe des Klimakteriums gekommen ist (*K. Reifferscheid*). Andere Vorschläge gehen dahin, daß man der Prolapsoperation die Sterilisation anschließen oder eine der Operation nachfolgende Geburt durch Kaiserschnitt beenden soll, da jede Geburt nach einer Prolapsoperation die Gefahr des Recidivs mit sich bringt und das schönste Operationsresultat zu nichte machen kann; diese Nachteile können am bequemsten vermieden werden dadurch, daß die natürlichen Geburtswege alsdann überhaupt nicht in Anspruch genommen werden oder daß sogar ganz auf eine weitere Geburt verzichtet wird. Dem Volke und der Frau aber ist damit nicht gedient. Ein Verfahren, das beiden Anforderungen gerecht wird, ist die ärztlich überwachte Entbindung mit prophylaktischer Episiotomie; auf diese Weise wird das Operationsresultat weitgehend geschont und der Frau die Möglichkeit gegeben, ihre Kinder ohne Kaiserschnitt zu bekommen. Somit ist die Möglichkeit einer folgenden Geburt kein Gegengrund gegen die Operation. Es sind im Gegenteil gerade die jungen Frauen, für die eine Kontraindikation gegen Pessarbehandlung besonders gilt. Damit sind zugleich die vielen Nachteile der orthopädischen Therapie vermieden: die Pessarbehandlung bedeutet niemals eine Dauerheilung; die Frau bleibt in ständiger Abhängigkeit vom Arzt; durch den Fremdkörperreiz des Pessars wird Ausfluß erzeugt; es treten Druckverletzungen auf, so daß das Pessar zeitweise weggelassen werden und die Frau trotz schwerer Arbeit unbehandelt mit ihrem Prolaps bleiben muß. Je jünger die Frau ist, eine umso längere

Zeit stehen ihr die Unannehmlichkeiten der Prolapsbehandlung durch Pessar bevor. Die arbeitende Frau kann sich die „Endlosigkeit der Pessarbehandlung" (v. *Jaschke)* nicht leisten, weil sie keine Zeit hat, auf die notwendige Pessarpflege bedacht zu sein, sodaß gerade für sie die soziale Indikation zur Operation gilt.
Weitere Gegengründe gegen die Pessarbehandlung liegen auf dem Gebiet des Nervensystems und der Psyche. *v. Jaschke* schreibt dazu: „Andererseits wird man eine starke Rückwirkung auf das Nervensystem wegen der mit der Pessartherapie verbundenen Kettung an den Arzt und der Sensation in der Genitalgegend geradezu als Anzeige für die operative Behandlung auch bei kleinen Vorfällen ansehen dürfen". *Reifferscheid* glaubt, daß das eheliche Leben durch die Pessartherapie erheblich gestört und beeinträchtigt werden könne: „Nicht selten gelingt die orthopädische Behandlung nur mit solchen Pessaren, die die Kohabitation unmöglich machen. Die dadurch bedingte Störung des ehelichen Lebens zwingen schließlich zur Ablehnung dieser Therapie".

2. Anatomische Gründe

Eine absolute Gegenindikation gegen die Pessartherapie kann durch anatomische Gründe gegeben sein. „Die Pessartherapie hat den Zweck, die Wirkung der Muskulatur zu unterstützen, nie aber völlig zu ersetzen". *(Guthmann).* Das Pessar kann nicht wirken, wenn die Muskulatur des Dammes durch eine Geburt vollkommen zerrissen ist, weil es kein Stützlager mehr findet, auf dem es mit seinen Rändern liegen könnte. Wo die Muskulatur schon von vornherein schlecht angelegt ist, wie bei virginellen Prolapsen, ist ebenfalls mit der Pessartherapie nicht viel zu erreichen. Weiter ist ein Prolaps mit Rectozele für das Pessar ungeeignet *(v. Jaschke, K. Reifferscheid)* „da die Rectozele kein Hiatusherie ist, sondern unterhalb des Hiatus liegt. Es wird daher auch ein tadellos festhaltendes Pessar ohne wesentlichen Einfluß auf die Rectozele sein, da dieses zwar beim Pressen auf den Levator gedrückt wird, aber die Rectozele gleichzeitig durch das Pressen unterhalb des Levators vorgewölbt wird". *(Halban* und *Tandler)* Ebenso wenig kommt man bei hochgradiger Elongation der Cervix, die nach der Reposition nicht verschwindet, mit der Pessartherapie aus.

3. Entzündungen im Bereich des Genitale

Von der Einlage eines Pessars muß man auch absehen, wenn zugleich eine Entzündung im Bereich des Genitale besteht, da sonst ein Wiederaufflackern des Prozesses oder eine Verschlimmerung eintreten könnte. Ebenso geben Geschwüre der Vaginalschleimhaut und kleine Erosionen eine Kontraindikation zur Pessareinlage. Schließlich kann die senile Dünnheit und Verletzlichkeit so hochgradig sein, daß auch sie einen Gegengrund gegen das Tragen

eines Pessars darstellt. Die Einstellung der meisten Gynäkologen zur Prolapsbehandlung deckt sich wohl weitgehend mit der *Stöckels,* der zusammenfassend sagt: „Jeder Deszensus oder Prolaps in der Nähe oder jenseits des Klimakteriums ist wenn irgend möglich zu operieren. Im gebärfähigen Alter ist die Operation ebenfalls das beste Verfahren".

Es bleibt demnach nur eine geringe Zahl von Fällen, bei denen eine strenge Indikation für die Pessarbehandlung besteht. Man sollte darum annehmen, daß die „eingewachsenen" Pessare allmählich verschwinden müßten. Dem ist aber nicht so. Jeder Frauenarzt wird immer wieder Fälle von eingewachsenem Pessar sehen. Eine Erklärung hierfür ist z. T. wohl darin zu suchen, daß die Indikation zur Operation in früheren Jahren noch nicht genügend anerkannt war; denn gerade die eingewachsenen Ringe wurden meist vor langen Jahren eingelegt, als die Indikationsstellung eine etwas andere war. Dazu kommt noch eine erhebliche Anzahl von Frauen, die von Hause so indolent sind, daß sie trotz der ihnen gegebenen Vorschrift nicht wieder zum Arzt kommen, um den Ring wechseln zu lassen. Schließlich gibt es auch heute noch Frauen, auf die das Zitat von *Zweifel* paßt, das *Neugebauer* in seiner Arbeit über Pessarschäden erwähnt: „Die Regel ist es nicht, daß der gerade Weg die Prolapspatientin zum Arzt führt, es gelangen sehr viele zuerst an die Hebamme, Bader, Bandagisten und andere Kurpfuscher; denn nur einen Ring will sie haben, weiter nichts und den können auch diese einlegen ohne etwas gelernt zu haben. . . . was werden sich die Bandagisten, Schäfer usw. viel um solche Kleinigkeiten (Kontrolle, Reinhaltung) kümmern, wenn sie das Geld für den Ring in ihrer Tasche haben, allenfalls insoweit, als es sich darum handelt, noch eine Spülkanne abzusetzen".

Wenn man die schweren Schäden sieht, die durch die von Laienhand eingelegten Pessare entstanden sind, kann man den Ausspruch *Fritschs* verstehen: „Es wäre fast nötig, daß man wie bei giftigen Medikamenten einen freien Verkauf dieser Instrumente verhindert, so ein Unglück wird damit angerichtet.".

B) Pessarbehandlung

I. Pessarwahl

Um schwere Schäden der Pessarbehandlung zu vermeiden, muß der Arzt größte Sorgfalt auf die Auswahl des Pessars legen. Vor allem das Material, aus dem der Ring gefertigt ist, spielt eine große Rolle; es muß gewisse Voraussetzungen erfüllen, um brauchbar zu sein. „Alle Autoren, die an Hand schwerer Folgezustände durch Tragen eines Ringes die Ungeeignetheit eines bestimmten Materials demonstrieren, verlangen ein glattes, leichtes, hartes,

nicht reizendes Material, das weder von den Sekreten der Scheide angefressen oder erweicht wird, noch von ihnen inkrustiert wird". (Risse)

Auch die Form des Ringes ist wichtig und kann unter Umständen gefährlich werden. *Brammer* gibt als bewährte Formen folgende an:

1. Schalenförmiges Siebpessar aus Hartgummi oder Porzellan *(Schatz)*
2. Dicke runde Ringe aus Hartgummi *(Mayer)*
3. Exzentrische Flachringe aus Hartgummi
4. Unterbrochene Ringpessare aus Porzellan *(Cramer)*
5. Bügelpessare *(Löhlein)*
6. Keulenpessare *(Menge)*

Dazu kommen neuerdings die in der WürzburgerKlinik ausprobierten Olive-Pessare nach *Diener*. Diese stellen birnförmige Glaskugeln dar von genügender Festigkeit und idealer Glätte; sie tragen einen gut faßbaren Henkel, an dem ein Faden angebracht wird, wodurch das tägliche Wechseln durch die Patientin selbst erleichtert wird. Als weniger günstig, ja oft schädlich oder unbrauchbar für die Prolapsbehandlung gibt *Brammer* an:

1. Dünne Ringe *(Mayer)*
2. Weichgummi-Ringe oder Sieb-Klapp-Pessare mit Weichgummigelenk
3. Hodge- oder Thomas-Pessare, da diese für Retroflexio, nicht aber für Prolaps bestimmt sind
4. Schalenpessare ohne genügenden Abschluß
5. Aufklappbare Flügelpessare *(Schilling)*

Die einzelnen brauchbaren Formen werden je nach den anatomischen Verhältnissen ausgewählt werden müssen. Hat sich der Arzt für einen Ring von bestimmtem Material und zweckmäßiger Form entschieden, so erfolgt das Anpassen des Ringes, d. h. die entsprechende Größe des gewählten Modells muß festgestellt werden. Hierbei ist zu beachten, daß der Ring groß genug sein muß, damit der Prolaps wirklich zurückgehalten wird und die Patientin ihn beim Pressen nicht verliert. Andererseits darf er auch nicht zu groß sein, daß er Druckverletzungen verursacht oder Blase und Darm schädigt.

Diesen beiden Anforderungen gerecht zu werden, ist oft schwer und erfordert viel Geschick und Erfahrung. Bei längerer Pessarbehandlung besteht eine gewisse Schwierigkeit darin, daß immer größere Nummern gewählt werden müssen, weil der vorhergehende Ring die „Bruchpforte" — als solche bezeichnen manche den Levatorspalt — immer mehr ausweitet. Im allgemeinen gilt als Prinzip, daß man versuchen soll mit einem möglichst kleinen Ring auszukommen, der eben noch den Prolaps zurückhält.

II. Pessarpflege

1. Verhaltungsmaßregeln

Die Aufgabe des Arztes ist mit der richtigen Auswahl des Pessars und dem kunstgerechten Einlegen aber nicht erschöpft; die dauernde Kontrolle der Patientin ist ebenso wichtig. Diese fängt damit an, ihr aufs eindringlichste die äußerst wichtigen Verhaltungsmaßregeln einzuprägen. *Stöckel* nennt dafür 3 Punkte:

1. Regelmäßiges Ausspülen der Scheide
2. Sorge für regelmäßigen Stuhlgang
3. Regelmäßiger Wechsel des Pessars.

Manche Autoren verlangen sehr häufige Spülungen und Salzbäder der Scheide. Andere fordern, daß die Frauen selbst lernen, das Pessar herauszunehmen und wieder richtig einzulegen, was aber wohl nicht bei allen Formen zu erreichen ist. Bei den Glasoliven nach *Diener* geht es sehr leicht. Allerdings müssen die Fälle für diese Behandlung besonders ausgewählt werden.
Brammer verlangt für diese Selbstbehandlung:

1. Prüfung der lokalen Eignung des Falles
2. Prüfung der Geschicklichkeit der Patientin
3. Demonstration des Wechsels und Selbstversuch, eventuell wiederholt bis die Frau das Prinzip sicher verstanden hat
4. Belehrung der Patientin
5. Einmaliges Wiederbestellen oder bei größeren Entfernungen Mitgabe eines Kontrollbriefes, in dem sich die Patientin nach etwa 6 Wochen über ihr Befinden äußern soll.

Die so belehrten Frauen sollen ihr Pessar nachts immer herausnehmen, auch soll von Zeit zu Zeit mit dem Tragen des Ringes für einige Tage pausiert werden.
Alle in der Frauenklinik Würzburg mit einem gewöhnlichen Ring behandelten Patientinnen bekommen folgende Verhaltungsmaßregeln schriftlich mit nach Hause:

„1. Der eingelegte Ring darf nicht drücken oder Schmerzen verursachen; tut er es, so ist bald möglich ein Arzt zu befragen.
2. Der Ring muß nach 3 bis spätestens 4 Monaten durch den Arzt gewechselt werden; bei längerem Liegen können Entzündungen und Geschwüre entstehen, die zur Heilung lange Zeit benötigen.
3. Treten Blutungen außerhalb der Periode oder stärkerer Ausfluß auf, so muß möglichst bald eine ärztliche Untersuchung vorgenommen werden; Selbstbehandlung in Form von Spülung ist ungenügend.

4. Der Ring muß im Fall einer Schwangerschaft rechtzeitig herausgenommen werden; den Zeitpunkt bestimmt der behandelnde Arzt".

2. Kontrolle

Am wichtigsten ist der 3. Punkt von *Stöckels* Forderungen: Regelmäßiger Wechsel des Pessars; d. h. die Patientin soll in gewissen Zeitabständen beim Arzt erscheinen, der das Pessar entfernt und reinigt, bzw., wenn es an Glätte verloren hat, ein neues einlegt. Dabei soll durch die den Ring herausnehmende Hand auf Nebenwirkungen geachtet und wenn nötig die Scheide besichtigt werden; auf diese Weise können beginnende Dekubitalulcera erkannt und rechtzeitig behandelt werden.

Würde von den Frauen wenigstens die Forderung des regelmäßigen Ringwechsel erfüllt, so könnte es nicht zu schwereren Folgen kommen. Denn innerhalb von 3 Monaten, in welcher Zeit die Kontrolle immer wieder stattfinden soll, wächst gewöhnlich kein Pessar vollkommen ein; in so kurzer Zeit kann sich auch keine Blasen- oder Rectum-Fistel ausbilden. Der Arzt kann also den Beginn einer Schädigung früh feststellen und weitere Folgen verhindern. Die Zwischenzeit zwischen den einzelnen Kontroll-Untersuchungen wird von den meisten Autoren mit 1—2 Monaten angegeben. Manche halten es für günstig, die erste Zeit häufiger (1—2 Monate) später seltener (3—4) zu kontrollieren (*Guthmann*). *Cramer* läßt das von ihm angegebene unterbrochene Ringpessar aus Porzellan 5—6 Jahre liegen und überzeugt sich nur 1 mal im Jahr, ob der Ring noch richtig liegt.

C) Komplikationen der Pessarbehandlung

I. Gründe für die Vernachlässigung

Trotzdem die Verhaltungsmaßregeln, die eine Pessarträgerin zu befolgen hat, denkbar einfach sind, werden sie doch sehr oft vollständig vernachlässigt. Die Gründe für dieses Verhalten sind nicht immer leicht einzusehen. Mangelndes Gefühl für Körperhygiene und allgemeine Unsauberkeit werden oft zugleich mit vernachlässigten Pessaren angetroffen; es ist dies aber durchaus nicht die Regel. Wir finden auch Frauen, die einen ordentlichen, gepflegten Eindruck machen, deren Pessar sich aber in fürchterlichem Zustand befindet.

Auch der Stand spielt keine wesentliche Rolle. Man findet eingewachsene Pessare in gleicher Weise in den wirtschaftlich schlecht und besser gestellten Kreisen der Bevölkerung. *Neugebauer* sah in seiner Sammlung von Pessarschäden alle Stände vertreten. „Von der ärmsten Bäuerin und Häckersfrau bis zur Baronin". Heute ist es nicht viel anders; in den Fällen von eingewachsenen Pessaren

aus der Würzburger Klinik sind ebenfalls alle möglichen Stände vertreten. Das Alter der Patientin ist vielleicht manchmal verantwortlich zu machen. Es handelt sich bei den Prolapspatientinnen ja meist um Frauen jenseits der vierziger Jahre; mit zunehmendem Alter wird die Indolenz an sich schon größer. Außerdem macht ein Pessar oft nur geringe Beschwerden, sodaß nicht sehr viel dazu gehört, seine Gegenwart vollständig zu vergessen. Dies umso mehr, je stärker die Unannehmlichkeiten von seiten des unbehandelten Prolapses waren. Als einziger Grund für die Vernachlässigung wird tatsächlich oft nur zu gutes Passen des Ringes gefunden. Manchmal ist eine Änderung der Lebensweise oder des Aufenthaltes als Grund für die Vernachlässigung festzustellen. *Brocz* beschrieb eine Patientin, die jeden Monat pünktlich zur Kontrolle erschien, solange sie in der Hauptstadt wohnte. Nach einiger Zeit verzog sie aufs Land und ließ sich von da ab nicht mehr blicken; nach einem Jahr war das Pessar vollkommen umwachsen und mußte operativ entfernt werden.

Allen diesen Frauen ist eine gewisse Grundeinstellung gemeinsam, die geringere und stärkere Grade von Nachlässigkeit bedingt. Nach anfänglicher regelmäßiger Pessarpflege wird später immer mehr davon weggelassen, bis zuletzt dann alles unterbleibt. *Stöckel* charakterisiert dieses Verhalten in typischer Weise: „So einfach die Verhaltungsmaßregeln sind, welche die Trägerin eines Pessares zu befolgen hat, so werden sie doch nicht selten mißachtet; die periodischen Spülungen vorzunehmen langweilt die Kranken, sie werden immer seltener gemacht, allmählich ganz unterlassen. Auch das regelmäßige Erscheinen beim Arzt zum Wechsel des Pessars wird von vielen Patientinnen als störend, lästig und unnötig empfunden und schließlich ganz vermieden". Besonders die ärztliche Untersuchung empfinden manche Frauen als so unbequem, daß sie zufrieden sind, den Ring einmal zu haben und nicht mehr erscheinen. Andere wechseln oft den Arzt und entziehen sich so einer regelmäßigen Kontrolle.

Es gibt wohl sicher heute noch unter den Pessarträgerinnen manche, deren Nachlässigkeit in einem merkwürdigen, nicht ganz zu verstehenden psychischen Verhalten begründet liegt, wie *Dupuytren* es beschrieb: „Nur aus Nachlässigkeit und Indolenz der Menschen wird es erklärlich, wie Frauen ihren Mutterkranz ganz vergessen und die Regeln, den Beischlaf, ja selbst die Niederkunft mit einem Mutterkranz abmachen können; einige scheinen es absichtlich zu vergessen, daß sie ein solches Instrument tragen; sie teilen alle daraus entspringenden Leiden dem Arzt wohl mit, lassen sich daran behandeln und verschweigen dennoch den Mutterkranz. Ich habe ein paar Mal so zarte Seelen gesehen; denn das Geständnis, einen Mutterkranz oder ein Bruchband tragen zu müssen, ist

den Weibern empfindlicher als der Vorfall oder der Bruch selbst. Blieben die Kranken unter der Aufsicht des Arztes, welcher ihnen den Mutterkranz eingelegt hat, so verhielte es sich damit ganz anders, aber häufig lassen sich dieselben von einem andern einlegen und treiben überhaupt mit dem Mutterkranz und dem Arzt dasselbe heimliche Spiel wie mit falschen Zähnen".

II. Folgen der Vernachlässigung

Die Folgen der vernachlässigten Pessarpflege sind sehr verschieden. Ihre Schwere hängt ab von der verschieden starken Reaktion der Scheidenschleimhaut auf den Fremdkörperreiz und von der verschieden ausgeprägten Empfindlichkeit der einzelnen Frauen.
In manchen Fällen sieht man bereits nach 2 Monaten den Ring völlig einwachsen, in anderen ist er nach 20 Jahren noch frei beweglich. *(Neugebauer)* Es kommt vor, daß Frauen erst durch den Abgang von Fäzes durch die Vagina überrascht und so auf eine schwere Scheiden-Rectum-Fistel aufmerksam gemacht werden. Andere dagegen sind so empfindlich, daß sie den geringsten Druck des Pessars auf die gesunde Schleimhaut nicht ertragen können. So ist es zu erklären, daß die Frauen mit den verschiedensten Graden von Pessarschäden zum Arzt kommen. Ihre Beschwerden stehen oft zu der Schwere der Verletzung in krassem Mißverhältnis. Vielfach ist das einzige Symptom einer weitgehenden Zerstörung ein übelriechender Fluor, der der Patientin manchmal weniger auffällt als ihrer Umgebung. Am häufigsten stößt der untersuchende Arzt auf folgenden Befund: Der Ring liegt völlig von Granulationen umwuchert unbeweglich in der Vagina, sodaß bis auf einige Zentimeter nichts mehr von ihm zu sehen ist. Wie es zu diesem Zustand kommt, wird auf verschiedene Weise erklärt. Durch das Pessar wird die Scheide stark gespannt. Es kommt zu einer Störung der Blutzufuhr und somit wie an anderen Körperstellen unter ähnlichen Verhältnissen zu einem typischen Druckgeschwür, in dessen weiterem Verlauf es zur Bildung von oft mächtigen Granulationen kommt. *(Opitz)* Ähnlich erklärt *Neugebauer* den Vorgang: Durch die übermäßige Spannung entsteht an der Stelle des stärksten Druckes zuerst eine Schwellung und Rötung, Infiltration und Verhärtung; sekundär kommt es zu Verdünnung und Atrophie durch Druckschwund, schließlich zu Nekrose und Fistelbildung.

In manchen Fällen werden die Veränderungen, die am Pessar selbst vor sich gehen, für die Schädigung verantwortlich gemacht. Durch zu langes Liegenbleiben bilden sich an der Oberfläche des Ringes Niederschläge von Tripelphosphat und Kalksalzen. Diese Auflagerungen bedingen eine harte, unregelmäßige, zackige Form, welche leicht kleine Erosionen hervorrufen kann. *(Nürnberger)*

Bei der Entstehung des Geschwürs auf solche Weise spielt besonders das Material des Pessars eine Rolle, insofern nämlich, als Gummi, Hartgummi, Zelluloid leichter, Glas und Porzellan schwerer solchen sekundären Veränderungen unterliegen. Die Granulationen, die sich auf dem Boden von Ulzerationen der Schleimhaut entwickeln, können nicht nur das Pessar vollkommen umwachsen und festhalten, sondern auch eine so starke Narbenbildung mit Verengerung der Scheide bedingen, daß der Prolaps nach gewaltsamer Entfernung des Ringes reponiert bleibt. *(Stere)* Die weitere Stufe der Verletzung, die auf die Umwachsung folgt, ist die Fistelbildung. Das Pessar kann sowohl ins Rectum wie in die Blase einwachsen, sodaß es gelegentlich von dort aus entfernt werden muß. Durch Zerbrechen können einzelne Stücke des Ringes in Nachbarorgane eindringen. Von einem zerbrochenen Silikat-Pessar waren Splitter in die Blase eingedrungen und hatten dort Verletzungen gesetzt *(Rübsamen)*. Mitunter findet man ein für die Scheide bestimmtes Pessar im Uterus, das entweder durch falsche Applikation von Laienhand dorthin gelangt oder erst sekundär einwanderte. Besonders gefährlich ist eine durch das Pessar bedingte Perforation des hinteren Scheidengewölbes. *Kullmann* sah eine Patientin, bei der nach langem Tragen eines Pessares auf einen Sturz hin plötzlich Darmschlingen aus dem Douglas hervortraten, sodaß Peritonitis und Exitus erfolgte. Die Erklärung für diesen Unfall sah der Autor in einer Dehnung und Usurierung der Wand gerade an dieser Stelle durch das Pessar; so geschädigt gab das hintere Scheidengewölbe bei dem Sturz plötzlich nach und ließ den Inhalt der Leibeshöhle hervortreten.

Eine andere Situation, die unbedingt zur Entfernung des Pessars durch Zertrümmerung zwingt, liegt relativ häufig bei einer bestimmten Form von Pessaren vor. Schalenpessare, die durchlöchert sind, bieten folgende Gefahr: Meistens sind sie mit einem zentralen Loch versehen, das eben so weit ist, daß die Portio noch hindurchgeht; liegt diese nun wirklich in der für sie bestimmten Öffnung, so kann es leicht zu Stauungen, schließlich zu Strangulation und Einklemmung kommen *(Guthmann)*. In der Schwangerschaft scheint dieses Ereignis leichter vorzukommen, dadurch daß das Gewebe aufgelockert und stärker durchblutet ist. Wenn das Pessar umgekehrt liegt *(Hofmeier, Heyman, Labhardt)*, scheint erfahrungsgemäß die Einklemmung leichter vorzukommen. *Labhardt* vergleicht den Vorgang der Einklemmung mit der Situation, wie sie bei einer Paraphimose vorliegt. Die Portio klemmt sich in das zentrale Loch ein, durch die enge Umklammerung wird sie stark gestaut und bildet sich in eine kindskopfgroße Geschwulst um, die unmöglich durch das enge Loch zurückgedrängt werden kann.

Es kann eine Amputation der Portio nötig werden oder Gangrän eintreten. *(Füth)*

Zu den selteneren Folgeerscheinungen gehört Carcinombildung in der Narbe eines Pessargeschwüres. Auch die Abklemmung der Urethra durch ein zu großes Ringpessar kommt gelegentlich vor. *Southams* sah nach nur mehrwöchentlichem Tragen eines Pessars vollständige Exfoliation der Blasenschleimhaut und Ausstoßung derselben in toto; dies war durch Abklemmung der Urethra, vorübergehende Ischurie und anschließende schwere Cystitis bedingt. Eine tödliche Folge eines Pessarschadens beschrieb *Beruti:* Eine durch einen Ring hervorgerufene harmlose Erosion an der Portio führte zur Thrombose der Vena uterina und Vena iliaca. Es kam zum septischen Lungeninfarkt, zu einer Sinusthrombose mit Duraödem und Exitus.

III. Behandlung der vernachlässigten Pessare

Bei der Behandlung all dieser leichteren und schwereren Folgezustände, die sich aus der unsachgemäßen Pessarpflege ergeben, ist das erste und wichtigste die Entfernung des gefangenen Ringes. Daß dies nicht immer leicht ist, beweisen verschiedene Aussprüche, die besonders von alten Autoren stammen, da diese solche Fälle häufiger als heute zu sehen bekamen. „Mit unsäglicher Müh" *(C. Mayer)*, „multo cum labore et molestica, wegen des aashaften Gestankes" *(Hilscher)*, „Mit viel Anstrengung und Schweiß einer nicht sehr leichten Zangenentbindung vergleichbar" *(E. v. Siebold)*, „Nach unsäglicher Mühe, incredibile dictu und ermüdete dabei mehr als nach der schwersten geburtshilflichen Operation" *(Malin)*, „Die eingewachsenen Hartgummiringe aus einer senil geschrumpften Vagina entfernen zu müssen, ist gewiß eine große Kalamität" *(Fischer)*. Es gibt viele Entfernungsmethoden; ob sie alle zweckmäßig sind, ist eine andere Frage. Jeder Arzt, dem ein Fall von Pessarium captivum begegnet, wird zunächst durch geschicktes Herausdrehen und Herausziehen den Ring aus der Vagina zu entfernen suchen. Gelingt das nicht, dann versucht er das gleiche noch einmal in Narkose; ist auch dies erfolglos, so muß er ein Instrument benützen.

1. Entfernung mit Gigli-Drahtsäge

Am häufigsten wird dazu die Gigli'sche Drahtsäge genannt. Mit ihr kann man sowohl ringförmige Pessare als auch Schalenpessare, in die sich die Portio eingeklemmt hat, zersägen. Im ersten Fall führt man die Säge an den frei liegenden Stellen um den Ring herum, durchsägt ihn und kann dasselbe wenn nötig noch an anderen Stellen wiederholen. *Nürnberger* rät, gleichzeitig 2 Giglisägen an 2 möglichst weit von einander entfernten Stellen des Ringes anzusetzen, auf diese Weise zerbricht der gefangene Ring

in mehrere Stücke, die leicht zu entfernen sind. Beim Schalenpessar kann man so vorgehen, daß man die Verbindungen zwischen den einzelnen Löchern durchsägt und das Pessar so beweglicher macht. Oder man markiert nur mit Sägelinien ein Stück des Schalenpessars, etwa ein Quadrat, welches man dann mit der Knochenzange herausbrechen kann *(H. Füth)*. Die Giglisäge kann verwandt werden zum Durchtrennen von Ringen aus Hartgummi, Zelluloid und Holz. *(Guthmann, Labhardt, v. Jaschke)*.

2. Verschiedene Zangen und Scheren

Ein oft erwähntes Instrument ist die Zange in verschiedenster Form. Es wird z. B. angegeben, den Ring mit einer einfachen Beißzange durchzukneifen, nachdem man ihn mit den Fingern soweit vorgebracht hat, daß ein Teil in der Vulva zu sehen ist. Bei Porzellanpessaren wird eine kräftige Knochenzange empfohlen, *(Nürnberger, Neugebauer)*. *Fischer* benützte beim Durchbrechen eines Siebpessars aus Porzellan eine für die unteren Molaren bestimmte Zahnzange. Außerdem wird die Steinzange und die Drahtzange verwandt. In ähnlicher Weise wie die Zange sind auch verschiedene Scheren ausprobiert worden: Die Gipsschere, die Embryotomieschere, die Langenbeck'sche Knochenresektionsschere.

3. Durchbrennen des Pessars

Manche Autoren halten das Durchbrennen des Ringes mit dem Thermokauter oder der galvanokaustischen Platindrahtschlinge für zweckmäßig; dieses Verfahren ist allerdings sehr langwierig und muß äußerst vorsichtig ausgeführt werden. *(Fischer)* Bei Schalenpessaren kann man mit dem Paquelin ein Quadrat herausbrennen, das Pessar alsdann fassen und entfernen *(Brossin)*.

4. Verschiedene merkwürdige Entfernungsmethoden

Bei dem erfolglosen Versuche, einen eingewachsenen Ring zu entfernen, kamen manche Operateure auf immer merkwürdigere Instrumente. Öfter wird eine gerade oder gekrümmte geburtshilfliche Zange erwähnt; diese dient in manchen Fällen direkt zum Herausziehen des Ringes, ein anderes Mal aber dazu, die Vaginalschleimhaut an dem Zusammenfalten und Rollen zu verhindern, so daß der noch bewegliche Ring zwar nicht mit der geburtshilflichen Zange sondern in ihr herausbefördert werden kann *(Neugebauer)*.

Verschiedentlich wurde versucht, ein Stück Catgut an dem Pessar zu befestigen und daran zu ziehen. Dies wurde auf mehrere Weisen ausgeführt: Mit einer Aneurysmanadel legte man um das frei gebliebene Stück des Ringes eine Ligatur und hatte nun eine Handhabe, an der man ziehen konnte; oder bei einem Schalenpessar wurden zuerst mit dem Bohrer mehrere Löcher angebracht, durch

welche dann der Faden gezogen werden konnte. Als seltenere Hilfsmittel kommen Stemmeisen, Feile, Bruchmesser vor; das gekrümmte Bruchmesser wurde in der Weise verwendet, daß der innere Rand des Ringes als Leitstelle diente, an welcher das Messer zur Abtragung der Granulationen entlang geführt wurde. Von einem originellen Extraktionsversuch weiß *v. Siebold* zu berichten: Ein Chirurg führte den Zipfel eines Taschentuchs durch das Lumen des gefangenen Ringes und zog daran. Leider waren die Bemühungen erfolglos, sodaß *v. Siebold* den Ring mit einem stumpfen Hacken entfernen mußte. Auch der Smellie'sche Hacken wurde verwendet, ebenso alle Arten von kräftigen Sonden in gekrümmten und geraden Formen.

Einige Male blieb trotz der großen Menge von angewandten Instrumenten und trotz der wiederholten Versuche nichts anderes übrig, als mit Messer und Schere das Septum Recto-vaginale oder Vesico-vaginale oder beide zu durchschneiden und den Ring auf blutige Weise zu befreien. Die Portioamputation, welche bei Einklemmung nötig wurde, ist schon oben erwähnt.

Es ist verständlich, daß mancher Gynäkologe durch mehrere Mißerfolge angeregt wurde, ein zweckmäßiges Instrument selbst zu konstruieren. So berichtet *Neugebauer,* daß Dupuytren im Pariser Hotel Dieu ein Elfenbein-Pessar, das in Harnblase und Mastdarm eingewachsen war, mit „einer eigens angefertigten Zange" zunächst vom Mastdarm und dann von der Scheide aus entfernte. *Hamilton* scheint ebenfalls ein eigenes Instrument besessen zu haben; denn er berichtet von einer Dame (78 Jahre), bei der er ein 7 –8 Monate liegendes Pessar, das bereits eine Mastdarmfistel gemacht hatte, „vermittelst eines der Form des Pessars angemessenen, einer Geburtenzange ähnlichen Instrumentes ohne weitere Nachteile extrahierte". Als Nachbehandlung der geschädigten Scheidenschleimhaut werden desinfizierende Reinigungsspülungen empfohlen, sowie das Einbringen von Medikamenten in die Scheide, Pellidol, Argentum nitricum, Jodtinktur.

5. Nachteile der genannten Methoden

Fast alle Methoden zur Entfernung gefangener Pessare haben mehr oder weniger große Nachteile. Oft sind sie sehr umständlich zu handhaben und erfordern viel Zeit; sie bieten auch alle keine sichere Gewähr, daß der Ring wirklich zerbrochen wird; meistens gelingt es erst nach mehreren vergeblichen Versuchen. Außerdem sind die Instrumente oft nicht griffbereit, da sie nicht ausdrücklich zur Pessarzertrümmerung dienen. Es bleibt dem einzelnen Arzt überlassen, im Augenblick des Eingriffs durch längeres Nachdenken aus seinem Bestand ein passendes Instrument ausfindig zu machen. Gewöhnlich werden mehrere Instrumente wahllos ver-

sucht, bis schließlich nach langem Herumprobieren der Ring zerbricht. Manche der auf diese Weise zur Anwendung kommenden Instrumente sind aber direkt gefährlich. Bei der Giglisäge besteht die große Gefahr, daß die Schleimhaut verletzt wird. Mit dem Thermokauter können ebenfalls Verletzungen der Schleimhaut vorkommen. Noch schlimmer sind die Verletzungen durch Instrumente wie Knochenzangen, Stemmeisen und Feilen. Es muß bei diesen Instrumenten mit einer gewissen Kraft gearbeitet werden, um den Ring zu zerstückeln; außerdem sind die schneidenden Teile dieser Instrumente nicht geschützt, auch ihre Größe ist der der Vagina in keiner Weise angepaßt. Es kommt infolgedessen nicht selten zu schweren Verletzungen; ganze Teile der Scheidenwand können in langen Fetzen abgerissen werden. *(Neugebauer)* Auch Fisteln, die vorher noch nicht vollständig waren, können durch Entfernungsmanöver zum restlosen Durchbruch gebracht werden. Da die Scheide durch die meist vorhandenen Dekubitalulcera bereits schwer geschädigt ist, kommt es sehr darauf an, daß die Entfernung des Ringes den Schaden nicht noch größer macht.

D) Eigene Erfahrungen.

I. Das Würzburger Instrument und seine Verwendung

In der Würzburger Klinik wird seit einigen Jahren ein von *Gauß* angegebenes Instrument verwendet, welches eigens zur Entfernung eingewachsener Ringe konstruiert wurde und sich sehr gut bewährt hat. Diese „Pessarschere" ist nach Art einer Rippenschere gebaut. Sie besteht aus zwei einzeln einführbaren Armen; außerdem ist noch ein Zusatzarm für Glas- und Porzellan-Pessare vorhanden.

Die Verwendung geschieht zweckmäßig auf folgende Weise: Zuerst wird der stumpfe eine halbkreisförmig gebogene Spitze tragende Arm eingeführt; man bewegt die Spitze des Armes um das in der Vagina liegende Pessar herum, durch Senken des Griffes läßt man die Spitze wieder unterhalb der Symphyse herausgleiten. Sodann wird der zweite Arm eingeführt. Bei Hartgummi- und Zelluloid-Pessaren trägt er eine verdeckte scharfe Klinge, bei Porzellan und Glas ein stumpfes Ende. Durch Schließen des vor der Vulva gelegenen Griffes kann man Pessare jeder Art mühelos zertrümmern. Durch besondere Faßzangen, deren Griffläche das Abgleiten unbedingt verhütet, kann der Ring gepackt und wenn nötig gedreht werden, sodaß er noch an einer zweiten Stelle durchschnitten werden kann. Die so entstandenen Einzelteile sind leicht zu entfernen. Zur Fixation des Ringes beim Durchschneiden kann auch ein eigener Pessarhacken dienen, der außerdem beim einfachen Ringwechsel Verwendung findet. Auf diese Weise gelingt es stets schon beim ersten Versuch, den eingewachsenen Ring so zu zer-

trümmern, daß leicht zu entfernende Stücke entstehen, die keine Verletzung der Scheide mehr machen. Das Instrument selbst ist so gebaut, daß durch seine Betätigung eine Schädigung der Vagina unmöglich ist. Ein weiterer Vorteil der Pessarschere ist der, daß sie ohne besonders große Kraftanwendung bedient werden kann; so ist eine durch rohe Gewalt entstehende Verletzung ausgeschlossen.

Die durch eingewachsene Ringe entstandenen Dekubitalulcera verlangen oft eine sehr langwierige Nachbehandlung, die sich über Wochen und Monate hinziehen kann. In der Würzburger Klinik wird bei der Therapie dieser hartnäckigen Ulcera außer der lokalen Applikation von Medikamenten (Thiosept, Lapisbad, Epithensalbe) oft auch eine Hormonbehandlung vorgenommen. Besonders bei den Frauen in der Menopause spielt diese neue Art der Behandlung eine große Rolle. Bei den älteren Frauen zeigt die Scheidenschleimhaut eine größere Abwehrschwäche und ist leichter verletzlich. Da nach neueren Untersuchungen die Scheidenschleimhaut ebenfalls unter dem Einfluß des Follikelhormons steht, wurde der Versuch gemacht, die schlechte Heilungstendenz der Dekubitalulcera durch Hormongaben günstig zu beeinflussen *(W. Reifferscheid)*. In Abständen von 4—5 Tagen wurden 5 mg Progynon B oleosum intraglutäal injiziert; die lokalen Maßnahmen beschränken sich auf Reposition von subtotalen bzw. totalen Prolapsen und Zurückhaltung derselben mit Katadyn-Tampons. Die Heilungsdauer der Dekubitalulcera konnte auf diese Weise wesentlich verkürzt werden; durchschnittlich waren die Ulcera in 8 Tagen abgeheilt.

II. Fälle aus der Würzburger Klinik

Einige Fälle aus der Klinik zeigen die Verwendungsweise der Pessarschere und die Nachbehandlung der an der Scheidenschleimhaut entstandenen Defekte.

Fall 1. Kr. Bl. 1936/Nr. 1764

55 jährige Landwirtsfrau von gutem Aussehen und gutem Allgemeinzustand kommt, um sich ihren Ring entfernen zu lassen. Sie hat dreimal geboren, zuletzt im Alter von 38 Jahren. Menstruation war immer regelmäßig, seit 8 Jahren ist sie in der Menopause. Sonst ist in der Anamnese nichts besonderes. Nach der letzten Geburt wurde ihr wegen eines Vorfalls ein Ring eingelegt, den sie früher immer regelmäßig wechseln ließ. Jetzt sind seit dem Wechsel 2 Jahre verstrichen.

Die Untersuchung ergibt einen mäßigen Prolaps. Vulva klafft, beim Pressen sind vordere und hintere Vaginalwand in Hühnereigröße sichtbar. Vagina ist weit, uterus und adnexe o. B. Im Spekulum sieht man ein Siebpessar in der Vagina liegen, dieses wird mit der Pessarschere zertrümmert und entfernt. Es war ein Siebpessar Nr. 75. Die Umgebung des Muttermundes und das hintere Scheidengewölbe sind erodiert. Patientin wird lokal mit Yxin-Thiosept behandelt; sie hat am ersten Tage keine Beschwerden. In den nächsten Tagen klagt sie über Brennen in der Scheide und Ausfluß. Es besteht eine Kolpitis mäßigen Grades, die unter 2 prozentiger Argentum nitricum Behandlung rasch abklingt,

um nach einigen Tagen erneut aufzutreten. Wieder erfolgt Behandlung mit Argentum, Yxin-Thiosept, außerdem Sacchar. lact und zur Unterstützung des Heilverlaufes eine Injektion von Proynon B oleos. Mit längeren Remissionen zieht sich die Kolpitis, durch immer neue Schübe neu angefacht, über ein halbes Jahr hin. Erst nach 6 Monaten kann das Pessar wieder eingelegt werden. Von jetzt ab kommt die Patientin regelmäßig zur Kontrolluntersuchung. Beim Ringwechsel bekommt sie meistens eine Injektion von Progynon B oleos, auch wenn keine akute Kolpitis besteht.

Fall II. Kr. Bl. pr. M. D. 1938/Nr. 19

64 jährige Buchbindersehefrau 4- para, 5-gravida, kommt zum Ringwechsel. Anamnese ergibt normale Menstruationsverhältnisse, außerdem Lungen- u. Rippenfellentzündung. Appetit, Schlaf und Stuhl sind normal, nur bemerkte Patientin, daß sie in letzter Zeit häufig die Blase entleeren muß. Patientin ist seit ihrem 44. Lebensjahr Pessarträgerin, das Pessar wurde immer regelmäßig gewechselt, der letzte Wechsel war vor fast 5 Monaten. Allgemeinuntersuchung ergibt eine gewisse Adipositas; über den Lungen einzelne bronchitische Geräusche. Genitaluntersuchung zeigt einen Totalprolaps und ein eingewachsenes Schalenpessar. In No_2 und C_2H_2-Narkose wird das Pessar mit dem Würzburger Instrument zertrümmert, wobei es mit dem Pessarhacken fixiert wird. Es zeigen sich einige Epitheldefekte im hinteren Fornix. Lokal wird Lapisbad und Katadyn-Streifen angewandt, außerdem zur Unterstützung des Heilverlaufes eine Injektion von Progynon B oleos. Nach 2 Tagen sind die Epitheldefekte abgeheilt, es wird nochmal ein Katadyn-Streifen eingelegt. Am 4. Tag nach der Aufnahme kann Patientin entlassen werden.

Fall III. Kr. Bl. W. M. 1939/Nr. 7941

Eine 72 jährige Patientin, 2- para, die seit 30 Jahren in der Menopause ist, kommt wegen Ausfluß. Seit 25 Jahren trägt sie einen Ring, der noch nie gewechselt wurde. Befund: Vulva klafft, in der Vagina multiple kleine Ulcera, Uterus senil, Adnexe o. B., eingewachsenes Pessar. Es wird mit der Pessarschere zertrümmert. Die Revision der Scheide ergibt keine tiefgreifenden Schäden. Auch die sicherheitshalber vorgenommene Cysto-Recto-Skopie ergibt nichts Pathologisches. Patientin bekommt eine Injektion von Progynon B oleos und wird mit der Weisung, Eichenrinden-Sitzbäder vorzunehmen, nach Hause entlassen.

Fall IV. Kr. Bl. S. B. 1938/Nr. 4776

65 jährige Schustersfrau wird von der Fürsorgeschwester in die Klinik gebracht. Die Frau stammt aus äußerst verwahrlosten Verhältnissen. Mit einem Säufer in wilder Ehe lebend ist sie körperlich und seelisch vollkommen heruntergekommen. Die Anamnese ist nur sehr mangelhaft zu erheben, da sich die Patientin in ziemlicher Verwirrung befindet. Sie hat 5 mal geboren; weiß aber nicht einmal die einzelnen Jahre anzugeben. Die Aufnahme in die Klinik wurde keineswegs von ihr selbst veranlaßt, sondern das Wohlfahrtsamt mußte eingreifen und die widerstrebende Patientin in die Klinik bringen lassen, weil sich ihre Umgebung vor dem stinkenden, eiterähnlichen Ausfluß ekelte, der überall am Boden der Wohnung zu finden gewesen sei.
Befund: Der untersuchende Finger stößt auf den Bügel eines Pessars. Der Ring hat in die vordere und hintere Vaginalwand tiefe Furchen gegraben, ist aber anscheinend nicht eingewachsen. Durch den Ring tastet man die Portio, die ebenfalls Impressionen durch das Pessar zeigt. Der Uterus ist wegen starker Abwehrspannung nicht zu tasten. Rektal fühlt man eine durch den Ring hervorgerufene starke Vorwölbung der ganzen vorderen Darmwand. Die Darmschleimhaut ist aber glatt und verschieblich. Es entleert sich stinkender Ausfluß aus der Vagina. In 10 ccm Evipan- und 1 ccm Scopolaminnarkose wird das Bügelpessar mit dem Würzburger Instrument zertrümmert und stückweise entfernt;

die einzelnen Teile sind schwierig zu entfernen, in der Scheide befinden sich tiefe Ulcera. Patientin hat 39° Temperatur. Feuchte Umschläge auf den Leib, am nächsten Tage ist die Temperatur wieder normal. Patientin wird mit Epithensalben-Tampons und Progynon B oleos. weiterbehandelt. Nach 14 Tagen sind die Ulcera bedeutend kleiner, unter Fortsetzung der Behandlung sind sie in weiteren 8 Tagen bis auf geringe Reste abgeheilt, sodaß die Patientin 3 Wochen nach der Aufnahme in ein Altersheim entlassen werden kann.

Fall V. Kr. Bl. Z. M. 1939/Nr. 322

78 jährige Frau, die eine Geburt und 2 Aborte hinter sich hat, kommt wegen heftiger, seit 6 Wochen bestehender Schmerzen, welche besonders beim Stuhlgang sehr schlimm sind. Die Patientin hat früher eine Bruchoperation durchgemacht und leidet seit 9 Jahren an einem Prolaps. Dieser wurde bereits vor 4 Jahren in der Klinik festgestellt. Es bestand damals ein Totalprolaps und ein Dekubitalulcus, welches sich auf Yxin-Thiosept und Progynon B oleos. vollkommen zurückbildete. Vom Hausarzt bekam sie im Anschluß an den Klinikaufenthalt ein Pessar verordnet, welches sie seitdem ständig trug.
Befund: Aus der Scheide entleeren sich Fäzes; in der Scheide tastet man ein schräg festsitzendes Ringpessar aus Kautschuk, das bereits jauchig zerfällt. Nähere Feststellungen sind nicht möglich. Am Damm neben der Raphe tastet man eine Vorwölbung, die gerötet und stark schmerzhaft ist; daselbst scheint das Pessar gleichfalls heraustreten zu wollen. Es besteht also eine Scheiden-Rectum-Fistel. Das Pessar wird mit dem Würzburger Instrument zerschnitten. Nun kann man feststellen, daß eine breite Verbindung zwischen Rectum und Vagina besteht. Die Patientin erhält Sitzbäder und Injektionen von Progynon B oleos. Nach 5 Tagen ist die Vaginalschleimhaut wesentlich gereinigt und gebessert. Das Allgemeinbefinden ist immer gut. 10 Tage nach der Zertrümmerung kann ein Siebpessar eingelegt werden, die Fistel wird nicht davon berührt. Nach 3 Tagen Beobachtungszeit wird Patientin in die Behandlung des Hausarztes entlassen. Das Pessar liegt gut, sie bekommt die strikte Weisung, sich in 14 Tagen wieder beim Hausarzt zu melden; dieser wird durch einen Brief verständigt.

Fall VI. Kr. Bl. F. F. 1938/Nr. 6137

56 jährige Landwirtsfrau, 9- para, 10- gravida, seit 4 Jahren in der Menopause bekam vor einem Jahr ein Keulenpessar eingelegt, welches bis jetzt nicht gewechselt wurde. Seit einem halben Jahr hat sie über Ausfluß zu klagen, sie sei immer wund, es besteht heftiges Brennen beim Wasserlassen und beim Stuhlgang machen ihr ihre Hämorrhoiden erhebliche Schmerzen. All diese Beschwerden führt sie auf das Pessar zurück und kommt, um es entfernen zu lassen. Die Untersuchung der Scheide ergibt ein festgewachsenes Keulenpessar (etwa Nr. 55). Ein näherer gynäkologischer Befund ist wegen des Pessars nicht zu erheben. An den Beinen werden starke Varizen festgestellt, links ein abgeheiltes Ulcus cruris.
In Evipannarkose mit Aetherzugabe wird das Pessar entfernt. Zuerst muß der Stiel mit der Würzburger Pessarschere durchschnitten werden, dann das Pessar selbst. Es erfolgt eine geringe Blutung, Einlegen eines Katadyn-Tampons. Das bestehende Ulcus wird weiterhin mit Katadyn-Tamponade behandelt und heilt stetig ab. Eine Woche nach der Aufnahme kann Patientin in die Behandlung des Hausarztes entlassen werden.

Fall VII. Kr. Bl. L. M. 1933/Nr. 57/1199

64 jährige Frau, die schon 20 Jahre regelmäßig in die poliklinische Sprechstunde kommt, um sich ihr Pessar wechseln zu lassen, erscheint wieder zum Wechsel. Die letzte Pessareinlage war vor 5 Monaten vorgenommen worden; es liegt ein Siebpessar Nr. 60. Beim Versuch das Pessar wie immer zu wechseln, zeigt es sich, daß es durch den inzwischen sehr stark geschrumpften

Introitus nicht ohne Verletzung zu entfernen ist. Es wird mit Hilfe der Pessarschere in der Scheide zertrümmert und stückweise entfernt. Da keine Verletzung der Scheide besteht, kann nach einem Lapisbad der neue Ring wieder eingelegt und die Patientin entlassen werden.

Fall VIII. Kr. Bl. L. K. 1939/Nr. 231

76 jährige 4- Para, 4- Gravida, die seit dem 50. Lebensjahre in der Menopause ist, bekam vor 4 Jahren in der Poliklinik ein Siebpessar eingelegt wegen subtotalen Uterus-Prolapses. Sie gibt an, damals keine Belehrung bezüglich Wechseln des Ringes bekommen zu haben. Sie trägt den Ring 4 Jahre ohne einen Wechsel. Jetzt hat sie seit einem halben Jahre über spontanen Windabgang und ein Druckgefühl nach unten zu klagen, seit einigen Tagen hat sie starke Schmerzen im Unterleib. Die Untersuchung ergibt außer einer großen Struma, einer Alterskyphose und einem Hängebauch eine starke Rectozele, Vulva klafft weit, die Mucosa vaginae ist hochgradig entzündet und zeigt eine starke Sekretion nebst deutlichen Ulcerationen. In der Vagina ist ein eingewachsenes Pessar zu sehen. Die cystoskopische Untersuchung zeigt eine beginnende Balkenblase und ein bullöses Oedem, keine Fistel. Patientin bekommt sofort eine Injektion von Progynon B oleos. zur Anregung der Abwehrkraft der Scheidenschleimhaut. Dann wird das Pessar mit dem Würzburger Instrument zertrümmert; es sind große Vaginalulcera feststellbar. Die Weiterbehandlung besteht in Katadyn-Tampons, Kamillen-Sitzbädern und Epithensalbe. Patientin hat noch immer eine Incontinentia vesicae, aber die wiederholte Cystoskopie vermag keine Fistel aufzudecken. Nach 11 Tagen sind die Ulcera epithelisiert, sodaß der Versuch gemacht wird, ein Pessar einzulegen; es folgt eine starke Blutung aus der frisch epithelisierten Ulcerationsstelle, sodaß noch weitere 6 Tage vergehen, bis die Patientin mit einem Pessar entlassen werden kann. Bei der Kontrolluntersuchung nach 14 Tagen sind wiederum Ulcerationen an der Portio zu sehen. Es wird daher beschlossen, der Patientin kein Pessar mehr zu geben. Nach Abheilen der Ulcera und nochmaliger Cystoskopie (wieder keine Fistel) wird sie entlassen.

Fall IX. Kr. Bl. R. K. 1936/Nr. 398

Vor 3 Jahren kam die jetzt 32 jährige Frau 2- Para, in die Klinik mit subtotalem Prolaps, Dehnungsulcera und Abortus imminens. Die damalige Therapie bestand in Ausräumung des Abortes und Einlage eines Pessars. Nach 5 Monaten wurde die Emmet'sche Plastik durchgeführt, worauf sie 7 Monate beschwerdefrei war. Inzwischen war sie wieder schwanger geworden; eines Tages bemerkte sie unter heftigen ziehenden Schmerzen im Kreuz und im Unterleib, daß der Vorfall wieder da war. Sie konnte nur mit Mühe spontan Urin lassen und mußte einmal sogar katheterisiert werden. Es wurde ein Siebpessar eingelegt, welches 4 Wochen ante terminum entfernt wurde. Nach der Geburt war der Uterus wieder total prolabiert; es wird ein Siebpessar Nr. 65 eingelegt. Dieses ließ die Patientin nun ein Jahr liegen, ohne es wechseln zu lassen. Sie kommt in die Klinik mit der Feststellung durch den Arzt, ihr Pessar sei eingewachsen und solle entfernt werden. Die Untersuchung ergibt, daß es sich um ein eingewachsenes Pessar handelt. Das Pessar wird mit dem Würzburger Instrument zertrümmert; nach 5 Tagen kann Patientin bei Wohlbefinden entlassen werden.

Fall X. Kr. Bl. L. M. 1933/Nr. 58/31

67 jährige Patientin, die seit 27 Jahren in der Menopause ist, trägt bereits 35 Jahre ein Pessar. Vor 10 Jahren wurde es zum letzten Male gewechselt. Jetzt kommt sie in die Polikilinik, um es entfernen zu lassen. Die Untersuchung ergibt, daß es zwar beweglich, aber durch eine starke Stenose, die sich davor befindet, unmöglich herauszubringen ist. Es wird mit der Pessarschere in Narcylen-Narkose zertrümmert und nun entfernt, Nachbehandlung Oeltampon.

Fall 11. Kr. Bl. G. A. 1936/Nr. 1832

57 jährige Taglöhnersfrau, 8- para, 8 gravida, ist seit 9 Jahren in der Menopause. Seit 29 Jahren trägt sie ein Pessar, das immer regelmäßig gewechselt wurde. Jetzt ist es zum letzten Male vor einem Jahr gewechselt worden. Seit einem Jahr leidet sie an Ausfluß. Befund: In der Scheide liegt in Fingergliedtiefe ein Porzellansiebpessar, das im hinteren Fornix eingewachsen ist; hinter dem Pessar liegt ein Tumor, der vorläufig nicht näher zu erkennen ist. In Evipannarkose wird das Pessar mit der Würzburger Pessarschere zertrümmert und entfernt. Hinter dem Pessar befindet sich eine große Wundfläche. Die histologische Untersuchung der Probeexcision aus dem Tumor ergibt ein Plattenepithel-Carcinom. Eine genaue Untersuchung des Genitale ergibt ein auf die Parametrien übergreifendes Portiocarcinom. In der Scheide besteht eine kreisförmige wallartige Erhebung, die mit dem Portiotumor nicht in Verbindung steht, sondern wahrscheinlich als Reaktion auf den Pessarreiz aufzufassen ist. Es wird sofort eine Röntgen-Radium-Therapie eingeleitet. Patientin kommt regelmäßig zur Kontrolluntersuchung und konnte bis jetzt 3 Jahre beobachtet werden.

Fall XII. Kr. Bl. G. A. 1937/Nr. 61674

62 jährige Witwe, seit 10 Jahren in der Menopause, trägt seit 24 Jahren ein Siebpessar, das immer regelmäßig gewechselt wurde. Auch diesmal kommt Patientin rechtzeitig zur Kontrolle. Doch es zeigt sich, daß der Scheideneingang sich sehr verengt hat. Das Pessar muß mit der Pessarschere zertrümmert werden und kann erst dann stückweise entfernt werden. Nur eine kleine Stelle der Scheide ist etwas wund. Behandlung: Argentum, Epithensalbe; der Ring kann bald wieder eingelegt werden. Nach 2 Jahren wurde bei der Patientin die Kolpokleisis ausgeführt.

Fall XIII. Kr. Bl. N. M. 1939/Nr. 7347

65 jährige Landwirtsfrau 2- para ist seit 10 Jahren in der Menopause. Vor 6 Jahren bemerkte sie einen Vorfall, der vom Hausarzt mit einem Siebpessar behandelt wurde. Als sie zu demselben Arzt zur Kontrolluntersuchung kam, erhielt sie die Weisung, da der Ring so gut liege, könne er ohne Wechsel bleiben; wenn sie Schmerzen habe, solle sie wieder kommen. Bei der nächsten Untersuchung des Hausarztes zeigte sich, daß der Ring inzwischen umwachsen war. Mit dem Rat, ihn später einmal herausnehmen zu lassen, wurde Patientin wieder weggeschickt, sodaß der Ring jetzt 2 Jahre liegt. Jetzt hat Patientin über Drücken und Schmerzen zu klagen. Es wird mit der Würzburger Pessarschere ein eingewachsenes Siebpessar in Evipannarkose zertrümmert und dann stückweise entfernt. In der Scheide besteht eine ausgedehnte Wundfläche. Im Scheidengewölbe sind lange, tiefe Dekubitalulcera mit frischem Granulationsgewebe zu sehen, stark eitriger Fluor. Behandlung: Progynon B oleos. i. m. Patientin wird nach 13 Tagen entlassen.

Fall XIV. Kr. Bl. W. 1933/Nr. 58/161

63 jährige Frau kommt schon jahrelang zum Ringwechsel. Früher traten manchmal kleine Eroisonen auf, die mit Lapisbad und Thiosept behandelt wurden. Vor 4 Jahren waren Dekubitalulcera entstanden, die mit Yxin-Thiosept behandelt wurden. Vor 3 Jahren machte der Ring leichte Beschwerden beim Wasserlassen. Der Rat zur Kolpokleisis wird abgelehnt. Jetzt kommt Patientin zum Ringwechsel. Der letzte Wechsel war vor einem Jahr. Das Pessar muß an 2 Stellen mit der Würzburger Pessarschere durchschnitten werden, da es sich sonst nicht entfernen läßt. Es zeigen sich große Erosionen der ganzen Portio, die mit Thiosept-Tampons, Lapisbad behandelt werden. Außerdem bekommt Patientin eine Injektion von Progynon B oleos. zur Unterstützung des Heilverlaufes. Nach 3 Wochen kann wieder ein Siebpessar Nr. 70 eingelegt werden.

Fall XV. Kr. Bl. K. M. 1938/Nr. 215

54 jährige 2- Para, 2 Gravida, seit 13 Jahren in der Menopause, leidet seit ihrem 25. Lebensjahre an Prolaps, den sie sich durch Heben schwerer Getreidesäcke während der Periode zugezogen haben will. Vor einem Jahre suchte sie die Poliklinik auf, wo ihr wegen Prolapses ein Ring eingelegt wurde; seither wurde er nicht gewechselt. Patientin leidet unter Pruritus vulvae und gelblichem, ätzendem, brennendem Ausfluß. Im Spekulum sieht man kleine Erosionen an der Portio, ebenso an der rechten Scheidenwand. Der Ring erweist sich als teilweise umwachsen. Wegen starker Schmerzäußerung und heftigen Sträubens der Patientin ist die Entfernung nicht ohne weiteres möglich; der Ring muß vielmehr mit der Würzburger Pessarschere durchschnitten werden. Es sind nach der Entfernung 5-markstückgroße, granulierende Ulcerationen zu sehen. Behandlung: Epithen-Tampon, außerdem 1 ccm Stilboestrol i. m. Auf letzteres hin sei, wie Patientin angibt, der seit einem Jahr bestehende Pruritus plötzlich verschwunden. Auch die Ulcerationen heilen schnell ab, sodaß Patientin nach 10 Tagen in ambulante Behandlung entlassen werden kann.

Fall XVI. Kr. Bl. S. K. 1935/Nr. 460

59 jährige 7- Para, Sozialrentnersfrau ging wegen Magenbeschwerden zum Arzt. Sie hatte über Druckgefühl und starke Gewichtsabnahme zu klagen. Von seiten des Genitales bestanden keinerlei Beschwerden. Der Arzt entdeckte zufällig ein 12 Jahre lang liegendes Pessar und wies die Frau in die Frauenklinik ein. Dort wurde ein Bügelpessar in der Scheide gefunden, das einen stark stinkenden Ausfluß und eine Nekrotisierung der Scheidenschleimhaut erzeugt hatte; die vordere und hintere Muttermundslippe waren leicht erodiert. Die von der Patientin geklagten, abdominellen Beschwerden werden auf ein offenbar bestehendes fortgeschrittenes Magencarcinom bezogen. Das Pessar wird mit der Würzburger Pessarschere zertrümmert und dann entfernt. In 10 Tagen sind die Scheidenveränderungen abgeheilt, sodaß die Patientin auf die chirurgische Klinik verlegt werden kann, wo sie nach einer Magenoperation, die ein Carcinoma ventriculi ergab, ad exitum kam.

Fall XVII. Kr. Bl. R. D. 1937/Nr. 1308

73 jährige Bierführersfrau, 3- para, 3- gravida ist seit dem 35. Lebensjahr in der Menopause. Mit dem 50. Lebensjahre bemerkte sie einen Vorfall, der vor 4 Monaten in der Klinik festgestellt und mit einem Keulenpessar behandelt wurde. Bei der Kontrolluntersuchung ist das Pessar nicht zu entfernen und muß mit der Würzburger Pessarschere zuvor zertrümmert werden. Als Grund für das schnelle Einwachsen wird die Möglichkeit erwogen, ob das Pessar vielleicht zu klein war und sich auf den Kopf stellte. Das bestehende Dekubitalulcus wird mit Katadynpuderung, Tampons, Progynon B oleos. günstig beeinflußt, sodaß Patientin nach 2 Wochen zunächst ohne Pessar entlassen werden kann. In 10 Tagen ist sie zur Pessareinlage bestellt.

Fall XVIII. Kr. Bl. S. H. 1937/Nr. 2728

53 jährige Metzgersfrau, 3- para, seit 6 Jahren in der Menopause, leidet außer an diabetes, Struma, Galle- und Leberkrankheiten an einem Prolaps mit Kreuzschmerzen. Sie kommt in die Poliklinische Sprechstunde, wo ihr ein Siebpessar Nr. 75 eingelegt wird. Nach 3 Tagen ist dieses herausgefallen, sodaß Nr. 85 gewählt werden muß. Das Pessar liegt gut, drückt nicht; Wiederbestellung in 8 Wochen. Nach 3 Monaten kommt Patientin zum Ringwechsel. Der gut sitzende Ring ist durch den geschrumpften Introitus nicht zu entfernen. Er muß mit der Würzburger Pessarschere zertrümmert werden, später wird ein runder Ring Nr. 70 eingelegt.

Fall XIX. Kr. Bl. W. K. 1936/Nr. 53/157

72 jährige Metzgersfrau, 5- para, leidet seit der letzten Geburt vor 32 Jahren an einem Vorfall, der mit Einlage eines Pessars behandelt wird. An anderen Krankheiten ist zu erwähnen; Diabetes und Ulcus cruris. Seit 2 Jahren ist der Prolaps total; seit derselben Zeit bemerkt Patientin gelblichen, schleimigen Ausfluß. Es wurde damals ein großes Siebpessar eingelegt; seit einem Jahr hat kein Ringwechsel stattgefunden. Vor einem viertel Jahr wurde der Ausfluß stärker, in letzter Zeit hat sie Beschwerden beim Wasserlassen. Sie kommt zum Ringwechsel, wobei sich der Ring als eingewachsen zeigt. Er wird ohne Narkose mit dem Würzburger Instrument zertrümmert; Nachbehandlung mit Katadynpuder und Progynon B. oleos., welches die Regenerationskraft der Scheidenschleimhaut unterstützen soll. Die bestehenden Ulcera sind innerhalb von 8 Tagen abgeheilt, sodaß Patientin wieder mit dem Ring entlassen werden kann.

Fall XX. Kr. Bl. P. M. 1936/Nr. 1555

58 jährige Arbeitersfrau, 3- para, 6 gravida, mit 50 Jahren in der Menopause trägt 15 Jahre lang einen Ring, der nie gewechselt wurde. Sie kommt jetzt wegen Blutungen, die hin und wieder seit einem halben Jahr auftraten. Das Pessar wird mit der Pessarschere zertrümmert und entfernt. Es zeigen sich unbedeutende Erosionen der Scheide. Patientin wird nach Hause entlassen mit der Weisung, sich in einiger Zeit wieder vorzustellen.

Fall XXI. Kr. Bl. K. K. 1937/Nr. 2293

59 jährige Patientin O-Para trägt seit 28 Jahren ein Pessar. Vor 16 Jahren kam sie in die Menopause. Jetzt trägt sie seit längerer Zeit ein Siebpessar (seit wann ist nicht angegeben), das sich durch den geschrumpften Introitus nicht entfernen läßt und daher mit dem Würzburger Instrument zerschnitten werden muß. Es zeigt sich, daß es etwas umwachsen war, es treten Blutungen aus den Granulitonen auf. Nachbehandlung: Lapisbad, Thiosept, Progynon B oleos. Entlassung bei Wohlbefinden.

Fall XXII. Kr. Bl. v. D. H. 1936 pr.

71 jährige Baronin, 6- para. Mit 54 Jahren kam sie in die Menopause. Vor 2 Jahren kam sie wegen Vorfallbeschwerden, es wurde wegen eines Totalprolapses ein Keulenpessar Nr. 85 eingelegt, das außer einem ganz leichten Druck auf die Blase keine Beschwerden machte. Jetzt liegt das Pessar 2 Monate; Patientin bemerkt seit etwa 3 Wochen Blutspuren aus der Scheide. Die Untersuchung ergibt, daß das Pessar bereits Dekubitalulcera gemacht hat und manuell nicht zu entfernen ist. Es muß mit dem Würzburger Instrument zertrümmert werden. Nachbehandlung: Lapisbad, Eichenrinden-Sitzbäder, Progynon B oleos.

Fall XXIII. Kr. Bl. H. A. 1936/Nr. 708

73 jährige Landwirtsfrau, die 7 Geburten durchgemacht hat, kommt in die Klinik, weil sie vor 4 Wochen und vor kurzem je eine Blutung hatte. Seit 32 Jahren ist sie in der Menopause; ungefähr seit derselben Zeit trägt sie ein Pessar, welches ihr nie Beschwerden machte. Früher scheint es manchmal gewechselt worden zu sein; wie lange es jetzt liegt, ist nicht genau zu erfahren. Außer Blutungen gibt die Patientin Schmerzen im Leib und Verstopfung an. Der Genitalbefund ergibt einen mäßigen Prolaps, vordere und hintere Vaginalwand ohne Pressen in Pflaumengröße sichtbar; der Introitus ist mit blutigem Sekret bedeckt; es besteht ein foetider Fluor. In Fingerglied-Tiefe ist der Bügel eines Pessars zu fühlen, welches ohne Narkose nicht zu entfernen ist. In Nacylen-Narkose wird das Pessar mit der Würzburger Pessarschere zertrümmert. Die Revision der Scheide ergibt im Spekulum folgenden Befund: In der Scheide große Dekubitalulcera; an Stelle der Portio befindet sich ein blumenkohlartiger Tumor, der auf Berührung leicht blutet. Die Probeexcision

ergibt ein verhornendes Plattenepithelcarcinom. Nach 3 maliger Röntgenbehandlung verweigert sie die Fortsetzung, weil sie sich darnach immer sehr schwach fühle. Trotz ernsthaften Zuredens verläßt Patientin die Klinik auf eigene Verantwortung.

Fall XXIV. Kr. Bl. G. B. 1936/Nr. 517

63 jährige Schuhmachersfrau, 3- para ist seit 20 Jahren in der Menopause, seitdem hat sie einen Vorfall, der 14 Jahre lang mit Pessaren behandelt wurde. Dann ließ sie sich operieren; es wurde die vordere und hintere Plastik ausgeführt. Nach 2 Jahren bekam sie ein Recidiv, weshalb wieder ein Ring eingelegt wird, der bis jetzt nicht gewechselt ist, „da er so schön paßte". Jetzt ist ein Stückchen davon abgesprungen; seitdem hat sie Schmerzen und kommt deswegen in die Klinik. In der Scheide liegt ein ringförmiges Pessar, welches mit der vorderen Scheidenwand in der Blasengegend verwachsen ist; eine genaue Untersuchung ist nicht möglich. In Eunarcon-Aether-Narkose wird ein Hartgummipessar mit der Pessarschere zerschnitten. Das Pessar besteht aus einer Drahteinlage mit Gummiumhüllung, von der ein Stückchen abgesprungen ist. Im vorderen Scheidengewölbe ist eine kleine wunde Stelle zu sehen. Nach 5 Tagen kann Patientin bei Wohlbefinden entlassen werden.

Fall XXV. Kr. Bl. M. A. 1938/Nr. 15 pr.

73 jährige Keltereibesitzersgattin, 4- para, 4- gravida, seit 25 Jahren in der Menopause. Vor 8 Jahren bekam sie einen Prolaps. In der Klinik wurde vor 3 Jahren ein Ring eingelegt, der in der Zwischenzeit einmal gewechselt wurde, und zwar vor 2 Jahren. Außer einem dauernden, starken, gelbbraunen Ausfluß hatte sie keinerlei Beschwerden. Vor 4 Tagen kam sie zur Kontrolle; dabei wurde festgestellt, daß der Ring eingewachsen sei. Jetzt kommt Patientin zur Entfernung. In Evipannarkose wird das Siebpessar mit dem Würzburger Instrument zertrümmert, anschließend eine Scheidenausspülung mit Rivanol vorgenommen. Im hinteren Scheidengewölbe sieht man einen leicht blutenden Epitheldefekt. Als weitere Behandlung wird Lapisbad, Epithensalbe, Progynon B oleos. i. m. angegeben. Bereits nach 3 Tagen kann Patientin entlassen werden mit der Weisung, in 8 Tagen zur Kontrolle zu erscheinen.

Fall XXVI. Dieser Fall, der ohne das Würzburger Instrument behandelt worden ist, soll trotzdem anhangsweise mitbesprochen werden, da er ein eindrucksvoller Beweis dafür ist, wie schwer sich eine falsche Wahl des Pessars und eine fehlende Pessarpflege rächen können.

Kr. Bl. W. H. 1933/Nr. 156

77 jährige Landwirtsfrau, die 7 mal geboren hat und seit 30 Jahren in der Menopause ist, wird vom Arzt persönlich in die Klinik gebracht. Die Frau trägt seit 46 Jahren ein Pessar, welches vor 9 Jahren zum letzten Mal gewechselt wurde. Seit 3—4 Jahren leidet sie an übelriechendem eitrigen Fluor. Am Tage der Aufnahme sei morgens beim Stuhlgang plötzlich das Pessar in den Darm durchgebrochen, es blutete stark und der herbeigerufene Arzt versuchte ohne Erfolg, das Pessar zu entfernen; es erfolgte eine neue Blutung. Patientin hat mäßige Schmerzen.

Die Untersuchung der Klinik ergab einen meteoristisch aufgetriebenen Leib, der aber nicht druckschmerzhaft und nicht gespannt war. In der Vulva ist ein Teil eines Pessars zu sehen, ebenso in dem ödematös geschwollenen Anus. Die innere Untersuchung ist wegen Schmerzhaftigkeit nicht möglich. Es handelt sich offenbar um ein Zwank-Schilling'sches Flügelpessar, das die hintere Vaginalwand perforiert hat und in das Rektum durchgebrochen ist. Da die Gefahr besteht, daß eine Zerstückelung des Pessars wegen seiner Lage in Vagina un Rectum neue Verletzungen setzen würde, wird beschlossen, es in toto zu extrahieren. In Evipan-Narkose wird versucht, durch Zurückdrehen der Spann-

schraube das Pessar zum Zusammenfallen zu bringen, was aber nicht gelingt, da das rostige Schraubengewinde zerbricht. Nun werden durch gleichzeitiges Eingehen in Vagina und Rectum die Flügel zusammengedrückt; das Pessar kann dann in die Höhe geschoben und nach Einstellen in der Längsrichtung extrahiert werden. Man fühlt eine ca. 3-Markstückgroße Perforation der hinteren Scheidenwand etwa 3 cm hinter dem Introitus. Im Spekulum sieht man außerdem eine Druckrinne an der vorderen Vaginalwand. Verlauf: Patientin hatte bei der Aufnahme 38,1° Temp., welche nach der Entfernung des Pessars weiterbesteht. Es werden Sitzbäder angeordnet, außerdem wird Digipurat und Cardiazol verabreicht. Patientin erholt sich anfangs ganz gut, nach 2 Tagen kann sie schon kurze Zeit das Bett verlassen. Auf Rizinusöl erfolgt am 4. Tag eine Darmentleerung. Patientin fühlt sich relativ wohl, Appetit ist gut, die Temperatur ist wieder normal. 8 Tage nach der Einlieferung steigt das Fieber wieder auf 38,9° an; die Patientin hat Erbrechen und Durchfälle, der Leib ist aber weich und die Zunge feucht. Der Genitalbefund zeigt jetzt daß die Vagina mit Fäces erfüllt ist, die Ränder der Perforationsstelle sind leicht blutend, die Druckrinne in der vorderen Vaginalwand ist noch zu sehen. Am 10. Tag nach der Einlieferung nimmt die Tochter der Patientin die Mutter gegen ausdrücklichen Rat der Klinik mit nach Hause, wo sie nach 4 Tagen ad exitum kommt.

III. Kritische Besprechung

1. Allgemeines

Bei den 26 angeführten Fällen handelt es sich fast durchweg um alte Frauen. 9 Patientinnen sind über 70 Jahre alt; nur eine Patientin befindet sich noch im gebärfähigen Alter; die übrigen sind seit Jahren in der Menopause. Diese Tatsache ist wie schon erwähnt, wohl mit verantwortlich zu machen für die Vernachlässigung der Pessare. Die größte Mehrzahl der Frauen hat wiederholt, einige sogar sehr oft geboren, ein Umstand der für das Zustandekommen des Prolapses als Ursache mit herangezogen werden kann. Auffallend ist die lange Zeit, während der die Pessare z. T. getragen wurden. In einem Fall waren es 46 Jahre (Fall 26) und Zeiten von 20—30 Jahren sind keine Seltenheit. Vielfach konnten sich die Patientinnen trotz des dringenden ärztlichen Rates nicht zur Operation entschließen, sondern nahmen lieber über lange Jahre die Unannehmlichkeiten der Pessarbehandlung auf sich. Nur einmal hören wir, daß eine Patientin, nachdem sie 24 Jahre ein Pessar getragen hatte, welches in der Klinik zertrümmert werden mußte, sich zur Operation entschloß. Unter den angeführten Fällen befinden sich zwei, die wegen eines Recidivs nach der Operation in Pessarbehandlung standen.

2. Dauer des letzten Wechsels

Die Dauer des letzten Wechsels beträgt im höchsten Fall 25 Jahre (Fall 3); die kürzeste Zeit, nach der bereits die operative Entfernung nötig wurde, sind 2 Monate (Fall 22). Im übrigen handelt es sich meistens um mehrere Jahre (bis zu 15).

3. Art des Pessars

Die eingewachsenen Pessare sind in überwiegender Mehrzahl Siebpessare, außerdem kommen vereinzelt Keulen-, Schalen- und Ringpessare vor; einmal ein Zwank-Schilling'sches Flügelpessar.

4. Symptome

Die Symptome des eingewachsenen Pessars sind in den einzelnen Fällen sehr verschieden und keineswegs charakteristisch. Die Beschwerden der Patientinnen sind im allgemeinen gering, in 10 Fällen machte das Pessar keinerlei Symptome, diese Frauen kamen nur, weil sie ihren Ring wieder einmal wechseln lassen wollten. In allen anderen Fällen bestand Ausfluß, der oft das einzige Symptom, einige Male mit Beschwerden beim Wasserlassen, Druckgefühl und Pruritus vereinigt war. 4 mal erscheinen in der Anamnese Blutungen (davon einmal bei gleichzeitig bestehendem Portiocarcinom-. Nur einmal wird über sehr starke Schmerzen (besonders bei Stuhlgang im Leib und Kreuz) geklagt (Fall 5 mit Recto-Vaginal-Fistel).

5. Befund

Trotz langen Liegens (Fall 3) (25 Jahre) hat das Pessar in einigen Fällen keine tief greifenden Schäden verursacht und kann nur wegen der Enge des Introitus infolge seniler Schrumpfung nicht manuell entfernt werden. Am häufigsten bestehen nach Entfernung des Pessars mehr oder weniger tief greifende Ulcerationen, 2 mal eine Recto-Vaginal-Fistel.

6. Nebenbefunde

Als Nebenbefund kann 2 mal eine Portiocarcinom und 1 mal ein Magencarcinom festgestellt werden.

7. Technik

Die Entfernung des Ringes geschah in allen Fällen mit Hilfe der von *Gauß* angegebenen Pessarschere und zwar in der Weise, daß Kautschuk- und Gummiringe zerschnitten, solche aus Porzellan zertrümmert wurden. Im Gegensatz zu den Fällen der Literatur gelang die Zerstückelung des Pessars in jedem Fall beim ersten Versuch ohne Schwierigkeit. Nebenverletzungen kamen bei der Entfernung des Ringes nicht vor. Eine Narkose ist zur Zertrümmerung eingewachsener Ringe mit der Pessarschere im allgemeinen unnötig, wurde aber gelegentlich zur Schonung der Psyche angewandt. Bei der Nachbehandlung ist außer der lokalen Behandlung (Thiosept, Epithensalbe, Katadynpuder) in fast allen Fällen eine Hormontherapie vorgenommen worden (Progynon B oleos.), welche sehr gute Erfolge zeigte.

8. Prognose

Die Schäden waren (außer den Fisteln) in 3 Tagen bis längstens 3 Wochen abgeheilt. Die Fälle von Portiocarcinom nehmen eine Sonderstellung ein. In einem Fall ist der Tod im Anschluß an den Pessarschaden eingetreten, nachdem die Patientin wider den Rat der Klinik nach Hause genommen worden war.

E) Schluß

Die Angaben aus dem Schrifttum sowie die Fälle der Würzburger Klinik sollen zeigen, daß die Pessarbehandlung des Prolapses nur dann ein befriedigendes Ergebnis haben kann, wenn die Fälle für die orthopädische Therapie sorgfältig ausgewählt werden und die Verpassung des Ringes sachgemäß erfolgt. Nur eine peinlichst durchgeführte Pessarpflege kann das Einwachsen des Ringes und dessen schwere Folgen verhüten. Ist es einmal nötig, das Pessar operativ zu entfernen, so geschieht es am schnellsten und schonendsten mit der Würzburger Pessarschere, wie die angeführten Fälle beweisen.

Hiermit möchte ich Herrn Professor *Dr. Gauß* für die Überlassung des Themas, seine Anleitung und wertvollen Anregungen bei der Anfertigung der Arbeit ehrerbietigst danken.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und außer den im Literaturverzeichnis angeführten Hilfsquellen keine anderen benutzt habe.

Maria Dietrich

Literatur

1. *Brammer:* Neuartige Prolapsbehandlung. Münch. med. Wochenschrft. Nr. 29 S. 1123.
2. *Beruti:* Ein letaler Fall von Sepsis ausgehend von einem Scheidenpessar Ref. Ber. ü. d. ges. Gyn. 1934 H. 2 S. 103.
3. *Brocz:* Ein in die Scheidenwand eingewachsenes Pessarium Ref. Gyn. Rundschau 1913 H. 1.
4. *Cramer:* Ueber Pessarbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1936 I. *Cramer:* Unterbrochenes Ringpessar. Zbl. f. Gyn. 1930/2585.
5. *Fischer:* Porzellan als Ersatz für Hartgummi. Zbl. Gyn. 1931/229.
6. *Füth* in Halban und Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes.
7. *Gauß:* Vorweisung neuer Instrumente. Mon. f. Geb. und Gyn. 1934/125.
8. *Goldsmith:* Die Kombination der Prolapse der Genitalorgane mit Carcinom. Ref. Ber. ü. d. ges. Gyn. Bd. 36 H. 5.
9. *Guthmann:* in Halban und *Seitz:* Biologie und Pathologie des Weibes.
10. *Halban* und *Seitz:* Biologie und Pathologie des Weibes.
11. *Halban* und *Tandler:* Zur Therapie der Genitalprolapse Mon. f. Geb. und Gyn. XXX S. 77.
12. *Heymann:* Ein Fall von Pessarschaden. Ref. Zbl. Gyn. 1919/620.
13. *Hofmeier:* Ueber Pessarbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1906.
14. *Kraul:* Der Genitalprolaps. Ber. ü. d. ges. Gyn. Bd. 37 H. I. S. 1.
15. *Labhardt:* Eigentümliche Incarceration der Portio durch ein Schalenpessar. Gyn. Rdsch. 1926 N. 33.
16. *Maltos:* Ueber Verletzungen der Scheide durch Fremdkörper. Diss. Würzburg 1903.
17. *Menge-Opitz:* Handbuch der Frauenkrankheiten.
18. *Neugebauer:* Zur Warnung beim Gebrauch von Scheidenpessaren. Arch. f. Gyn. Bd. 43, S. 373.
    Neugebauer: Sündenregister der Scheidenpessarien. Volkmanns S. kl. Vortr. 1897, Nr. 198.
19. *Nürnberger* in Halban und *Seitz:* Biologie und Pathologie des Weibes.
20. *Percival:* 3 Fälle von Portiocarcinom bei Genitalprolaps Ref. Ber. ü. d. ges. Gyn. und Geb. Bd. 36 H. 10.
21. *Reifferscheid K.* in Halban und Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes.
22. *Reifferscheid W.:* Ueber die hormonale Behandlung von Scheidenulcera. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 33.
23. *Risse:* Ueber Silikatpessare. Münch. med. Wochenschr. 1922 Nr. 5.
24. *Rübsamen:* Blasenverletzungen durch Splitter eines in der Scheide zerbrochenen Hohlglassilikatpessars. Münch. med. Wchschr. 1922 Nr. 25.
25. *Stöckel:* Lehrbuch der Gynäkologie.
26. *Veit-Stöckel:* Handbuch der Gynäkologie.
27. *Weibel:* Die operative Behandlung der Senkungen und Vorfälle des weib-Genitale. 25. Vers. der Ges. f. Gyn. Archiv f. Gyn. 166/1938.

Lebenslauf

Am 23. Mai 1915 wurde ich Maria Dietrich geb. Kern als Tochter des Rechtsanwalts Fridolin Kern gefallen im Weltkrieg am 12. 11. 1914 bei Ypern und seiner Ehefrau Josefa Margareta geb. Vorndran, zu Mittelstreu in Mainfranken geboren. Von 1922—1926 besuchte ich die Volksschule in Saal a. d. Saale, anschließend 3 Jahre das Mädchenlyceum der Ursulinen und 6 Jahre das Hum. Mädchengymnasium der Engl. Frl., beide in Würzburg. Ostern 1935 bestand ich die Reifeprüfung. Nach Ableistung des freiwilligen Arbeitsdienstes studierte ich 5 Semester Medizin an der Universität Würzburg, wo ich im März 1938 das Physikum ablegte. Die 3 ersten klinischen Semester studierte ich ebenfalls in Würzburg. Bei Ausbruch des Krieges im September 1939 verheiratete ich mich mit Herrn Walter Dietrich, Apotheker und cand. med. und siedelte mit ihm nach München über wo ich mein Studium fortsetzte. Dort beabsichtige ich im Frühjahr 1940 das medizinische Staatsexamen abzulegen.